

УДК 616.33/616.34

**Камышникова Л.А., Власюк А.Ю., Власюк В.Ю.**

Kamyshnikova L.A., Vlasyuk A.Yu., Vlasyuk V.Yu.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ****PECULIARITY OF DIAGNOSIS AND EPIDEMIOLOGY OF GASTRIC  
AND DUODENAL ULCER IN HOSPITALIZED PATIENTS****Аннотация**

Язвенная болезнь остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Представляет интерес оценка клинических проявлений и диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов разных возрастных групп находящиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении стационара. В результате проведенного ретроспективного анализа 205 историй болезней пациентов за 2013 г., было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов не проводилась диагностика *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезни и вследствие этого имеется большая возможность ошибочного выбора тактики лечения. Для устранения этой причины необходимо целенаправленное усовершенствование врачей в гастроэнтерологическом аспекте. Кроме того, чтобы исключить повторные госпитализации и повысить эффективность лечения необходимо повышение комплаенса пациентов (нужно тщательно объяснить и инструктировать пациентов о соблюдении рекомендаций данных им при выписке и приеме лекарственных средств).

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, диагностика, лечение, стационар, эпидемиология.

**Abstract**

Peptic ulcer disease remains one of the most common diseases of the gastrointestinal tract. The article covers the clinical manifestations and diagnosis of gastric and duodenal ulcers in patients of different age groups treated in the gastroenterology department. The retrospective analysis of 205 case histories of patients treated in 2013 demonstrates the fact that the majority of patients were not tested on *H. pylori*-associated peptic ulcer disease and therefore there was a large possibility of a wrong choice of treatment. To solve the problem, there should be arranged the courses of advanced training in gastroenterology for all doctors involved. Besides, to avoid repeated hospitalizations and improve the effectiveness of treatment it is necessary to increase the patients' compliance (the patients should be carefully instructed on compliance with recommendations given by doctors at discharge and taking medicines).

**Keywords:** ulcer; diagnosis; treatment; hospital epidemiology.

Язвенная болезнь, несмотря на совершенствование профилактических и лечебно-диагностических методов, остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта болезни [6, 8 9]. Значимость данной проблемы в основном обусловлена широкой распространённостью и встречается у 5-10% лиц среди населения. В частности, ЯБ ДПК выявляется у 6-10 % населения мира. В США, у 10 % взрослого населения выявляются случаи язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки [3].

Заболевание значительно чаще встречается у мужчин: среди мужчин и женщин в соотношении 2:1 при язвенной болезни желудка и в соотношении 4:1 при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Выраженный половой диморфизм язвенной болезни с высокой частотой встречаемости у мужчин в возрасте после 20 лет и заметным снижением к 40 годам при параллельном нарастании в этом же возрастном периоде уровня заболеваемости у женщин может указывать на несомненное участие в ее генезе гормонального звена репродуктивной системы [12]. В возрастных группах язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается чаще от 25 до 50 лет, а язвенная болезнь желудка - от 40 до 60 лет [4, 16]. Вследствие этого возможны некоторые особенности в диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов разных возрастных групп обусловленные клиническим течением самой язвенной болезни.

По последнему IV Маастрихтскому соглашению стратегия «test-and-treat» считается оптимальной для необследованных пациентов с жалобами с учетом диспепсии в регионах с высокой распространенностью *H. pylori* ( $\geq 20\%$ , вся Российская Федерация). Этот подход рекомендуют регулировать с учетом соотношения затрат и пользы на местах и не применяется у больных с настораживающими симптомами (анемия, потеря массы тела, рвота и т. д.) и у пациентов пожилого возраста (возраст определяется на основании риска рака желудка в данном регионе). Основными неинвазивными методами, которые рекомендуются для данной стратегии, признаны уреазный дыхательный тест и определение

антигена *H. pylori* в кале с помощью моноклональных антител (фекальный антигенный тест). Могут также применяться утвержденные в данном регионе серологические методы обнаружения антител к *H. pylori* [3].

Рекомендованные методы исследования верификации *H. pylori* и инструментальные исследования для уточнения локализации и размеров язвенного дефекта, однако в клинической практике используются не все рекомендованные методы. Таким образом, представляет интерес оценка клинических проявлений и методов диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов разных возрастных групп.

Целью исследования является оценка эпидемиологии и диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов разных возрастных групп находящиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении стационара в г. Белгороде.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 205 историй болезней за 2013 г. пациентов старше 20 лет, проходивших стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении терапевтического корпуса МБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: мужчин - 130 (63,4%) и женщин - 75 (36,6%) разных возрастных групп. Средний возраст пациентов составлял  $53,5 \pm 2,9$  года (у мужчин средний возраст -  $51,4 \pm 3,8$  года, а у женщин -  $57,2 \pm 4,7$  года).

Пациентам, помимо сбора анамнеза, проводилось общеклиническое обследование, проведение фиброгастроскопии (ФГДС), контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, а так же диагностика инфекции *H. pylori* с помощью метода быстрого уреазного теста. При выявлении сопутствующих заболеваний были проведены дополнительные клинические, инструментальные методы исследования и даны консультации специалистов по данному заболеванию.

Результаты исследования и их обсуждение. При сборе анамнеза было выявлено, что у 30 (14,6%) пациентов язвенная болезнь диагностирована впервые: у 20 (15,4%) мужчин и 10 (13,3%) женщин. В литературе описано,

что в молодом возрасте мужчины страдают язвенной болезнью в 2-5 раз чаще, чем женщины, после 40 лет возрастные отличия стираются [1, 2].

Повторно, в течение года, с рецидивом язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки находились на лечении 5 (2,4%) больных (все 5 больных были женщинами – 33,3%), 4 из них не соблюдали рекомендации данные им при выписке, что свидетельствует о низкой приверженности (комплаенса) пациентов к соблюдению рекомендаций данные им при выписке.

Диагностика *H. pylori* с помощью метода быстрого уреазного теста была проведена у 20 (9,8%) пациентов (10 (7,7%) мужчин и 10 (13,3%) женщин). Отсутствие *H. pylori*-инвазии выявлено в 2,4% (5 больных, все были мужчинами).

Результаты данной диагностики показали, что из 20 пациентов положительные результаты были получены у 15 (7,3%) больных. Соответственно, эти результаты не могут объективно отражать уровень инфицированности инфекцией *H. pylori* среди населения, так как диагностику проводили у небольшого числа больных. Проведенная диагностика соответствует стандартом, поскольку точность амбулаторных экспресс-тестов ограничена. [10,11, 14]. Что касается уреазного дыхательного теста, в одном исследовании утверждается, что прием кислого пробного завтрака может устранить проблему ложноотрицательных результатов [15]. Применение блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов значительно реже приводит к ложноотрицательным результатам, поэтому при использовании лимонной кислоты необязательно прекращать их прием перед проведением теста.

Из анамнеза известно, что всего у 9 (4,5%) человек ранее проводилась диагностика *H. pylori*, что крайне низко в соответствии с современной стратегией диагностики и лечения ЯБ. Возможно, это связано с тем, что данный вид обследования не входит в бесплатный перечень обследований в поликлинике, кроме того необходимо усовершенствование врачей первичного звена в гастроэнтерологическом аспекте.

Эндоскопическое исследование (ФГДС) проводилось 195 пациентам (95,1%). Данное

исследование относится к обязательным методам обследования и подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики.

Контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки проводилась у 125 (61,0%) пациентов. Рентгенологическое исследование: обнаруживается прямой признак ЯБ – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка, конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, нарушения гастродуоденальной моторики). Выявлено, что значительно чаще проводили ФГДС, чем контрастную рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки. Это объясняется тем, что ФГДС имеет ряд преимуществ перед контрастной рентгенографией желудка и двенадцатиперстной кишки (непосредственной визуализацией патологического процесса, возможностью взятия биопсии из поражённого участка и т.д.). Хотя контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки не потеряла актуальности сегодня – простота в использовании, нет психологического барьера со стороны пациентов связанных с процессом проведения ФГДС.

По результатам проведённых инструментальных исследований (ФЭГДС и контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки) была определена локализация патологического процесса в желудке и двенадцатиперстной кишки. Язвы чаще локализуются у больных в луковицы двенадцатиперстной кишки (у 135 (65,8%) больных), реже в желудке (у 60 (29,3%) больных) и крайне редко в желудке и в двенадцатиперстной кишке (у 10 (4,9%) больных), что согласуется со многими исследованиями [5]. Соотношение локализации язв в желудке, луковице двенадцатиперстной кишки, а так же в желудке и двенадцатиперстной кишке составляет 1:2,25:0,17.

Язвенная болезнь желудка чаще встречается у мужчин 40 (30,8%) в сравнении с 20 (26,7%) женщин. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречалась у 135 (65,8%) больных: из них у 85 (65,4%) мужчин и 50 (66,7%) женщин). В 4,9% (10 больных) (5 (3,8%) мужчин и 5 (6,6%) женщин) – язва локализовалась в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Осложнения язвенной болезни были выявлены у 170 (82,9%) больных (95 мужчин (73,0%) и 75 женщин (100,0%)). У пациентов имелось от 2 до 3 осложнений основного заболевания, из которых чаще всего встречались: рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки - 170 (82,9%) больных, недостаточность кардии - 45 (22,0%) больных и желудочно-кишечное кровотечение – 35 (17,1%) больных. Все это диктует необходимость более эффективного лечения и профилактики ЯБ.

Сопутствующими заболеваниями страдали 145 (70,7%) пациентов (85 (65,4%) мужчин и 60 (80,0%) женщин). Пациенты имели в среднем от 4 до 6 сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречались: хронический гастрит - 85 (41,5%) больных и артериальная гипертензия – 65 (31,7%), в равных соотношениях по гендерному признаку. Ишемическая болезнь сердца выявлена у 40 (19,5%) больных, дисциркуляторная энцефалопатией у 30 (14,6%) больных, встречалась чаще среди женского пола. В среднем пациенты имели от 4 до 6 сопутствующих заболеваний, что согласуется с данными исследования Л.Б. Лазебника и В.Н. Дроздовой в котором выявлено, что у больных диагностируют от 5 до 8 нозологических форм одновременно [5].

**Заключение.** Таким образом, было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов не проводилась диагностика *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезни и вследствие этого имеется большая возможность ошибочного выбора тактики лечения. Для устранения этой причины необходимо целенаправленное усовершенствование врачей в гастроэнтерологическом аспекте. Наиболее частым осложнением ЯБ стала рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцати-

перстной кишки у 82,9% больных, недостаточность кардии выявлена у 22,0% больных и желудочно-кишечное кровотечение у 17,1% больных.

Кроме этого, для исключения повторных госпитализаций и повышения эффективности лечения необходимо повышение комплаенса пациентов (необходимо тщательно объяснить и инструктировать пациентов о соблюдении рекомендаций данных им при выписке и приеме лекарственных средств), поскольку 4 из 5 вновь госпитализированных пациентов не соблюдали рекомендации данные им при выписке.

### Литература:

1. Вахрушев Я.М. Язвенная болезнь: особенности течения на современном этапе и прогноз на ближайшие годы / Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И., Ефремова В.А. // Тер. архив. 2008. №8. С.26-29.
2. Возрастные аспекты клинико-морфологической характеристики и лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Исламова Е.А., Громов М.С., Осадчук М.А., Липатова Т.Е. // Военно-медицинский журнал. 2008. № 11. С.43-49.
3. Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H.pylori* – Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice // Русское издание. 2012. Вып.2. С.4-23.
4. Лазебник Л.Б. Хронические язвы у лиц пожилого возраста / Лазебник Л.Б., Соколова Г.Н., Черняев А.Я. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. №1. С.3-7.
5. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Клинические проявления болезни и пожилой возраст // Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.: Анахарсис, 2003. С. 25-34.
6. Маев И.В. Язвенная болезнь / Маев И.В., Самсонов А.А. М.: Миклош, 2009. 428 с.
7. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста / Горшенин Т.Л., Оболенская Т.И., Сидоренко В.А., Смирнов



А.А., Русакевич К.И., Колосков В.В. // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 192-197;

8. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (анализ статистических материалов) / Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г.о., Ли И.А., Ефремов Л.И. // Терапевтический архив. 2007. № 2. С. 12-16.

9. Admission rates for peptic ulcer in the trend region, UK, 1972—2000, changing pattern, a changing disease? / Bardhan K.D., Williamson M., Royston C., Lyon C. // Dig Liver Dis. 2004. Vol.36. N9. P.577-588.

10. Calvet X. Accuracy of monoclonal stool tests for determining cure of *Helicobacter pylori* infection after treatment / Calvet X, Lario S, Ramirez-Lazaro MJ // *Helicobacter*. 2010. 15. 201e5.

11. Correa P. Natural history of *Helicobacter pylori* infection / Correa P., Piazuolo M.B. // Dig Liver Dis. 2008. Vol.40. N7. P.490-496.

12. Konturek S.J. *Helicobacter pylori* and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / Konturek S.J., Konturek P.C. // J. Physiol Pharmacol. 2006. Vol. 57. № 3. P. 29-50.

13. Prevalence of peptic ulcer in dyspeptic patients and the influence of age, sex, and *Helicobacter pylori* infection / H.C. Wu, B.G. Tuo, W.M. Wu et al. // Dig Dis Sci. 2008. Vol.53. N10. P.2650-2656.

14. Schwarzer A. Evaluation of a novel rapid one-step monoclonal chromatographic immunoassay for detection of *Helicobacter pylori* in stool from children / Schwarzer A, Lottspeich C, Russmann H // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007. 26. 475e80.

15. Shirin H. Eradication of *Helicobacter pylori* can be accurately confirmed 14 days after termination of triple therapy using a high-dose citric acid-based <sup>13</sup>C urea breath test / Shirin H, Levine A, Shevab O, et al. // Digestion 2005;71: 208e12.

16. Vogt, W. Gastroenterology in the elderly // Praxis (Bern 1994). 2005. Vol.94(48). P.1913-1918.

## References:

1. Vakhrouchev Y.M. Efremov L.I., Ephraim V.A. Yazvennaya bolezni: osobennosti techeniya na sovremennom etape i prognoz na blizhayshie gody / Terapevticheskiy arkhiv [Peptic Ulcer Disease: Characteristics of the Course at the Present Stage and the Forecast for the Next Few Years // Archives of Therapy]. 2008. № 8. pp.26-29.

2. Islamova E.A., Gromov M.S., Osadchuk M.A., Lipatov T.E. Vozrastnye aspekty kliniko-morfologicheskoy kharakteristiki i lecheniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki // Voenno-meditsinskiy zhurnal [Age Aspects of Clinical and Morphological Characteristics and Treatment of Duodenal Ulcer // Military Medical Journal]. 2008. № 11. pp.43-49.

3. Isakov V.A. Diagnostika i lechenie infektsii, vyzvannoy *Helicobacter pylori*: IV Maastrikhtskoe soglasenie / Novyerekomendatsii podiagnostike i lecheniyu infektsii *H.pylori* – Maastrikht IV (Florentsiya). Best Clinical Practice / Russkoe izdanie [Diagnostics and Treatment of Infections Caused by *Helicobacter pylori*: IV Maastricht Treaty / New guidelines for the Diagnosis and Treatment of *H.pylori* Infection – Maastricht IV (Florence ). Best Clinical Practice // Russian Edition]. 2012. Issue 2. pp.4 -23.

4. Lazebnik L.B., Sokolov G.N., Chernyaev A.Ya. Khronicheskie yazvy u lits pozhilogo vozrasta / Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya [Chronic Ulcers in the Elderly // Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2002. № 1. pp.3-7.

5. Lazebnik L.B., Drozdov V.N. Klinicheskie proyavleniya bolezni i pozhiloy vozrast // Zabolevaniya organov pishchevareniya u pozhilykh [Clinical Manifestations of the Disease and the Old Age // Diseases of the Digestive System in the Elderly]. M.: Anacharsis. 2003. pp. 25-34.

6. Maev I.V., Samsonov A.A. Yazvennaya bolezni' [Peptic Ulcer]. M. Miklos, 2009. 428 p.

7. Gorshenin T.L., Obolensky T.I., Sidorenko V.A., Smirnov A.A., Rusakievich K.I., Koloskov V.V. Osobennosti techeniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki u lyudey pozhilogo i starcheskogo vozrasta // Fundamental'nye

issledovaniya [Peculiarities of Duodenal Ulcer Disease in the Elderly and Senile // Fundamental Research]. 2012. № 2. pp. 192-197.

8. Lazebnik L.B., Huseynzadeh M.G.o., Lee I.A., Efremov L.I. Epidemiologiya yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki (analiz statisticheskikh materialov) / Terapevticheskiy arkhiv [Epidemiology of Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer (Statistical Analysis of Materials) // Therapeutic Archives. 2007. № 2. P. 12-16.

9. Admission Rates for Peptic Ulcer in the Trend Region, UK, 1972-2000, Changing Pattern, a Changing Disease? / Bardhan K.D., Williamson M., Royston C., Lyon C. // Dig Liver Dis. 2004. Vol.36. N9. pp. 577-588.

10. Calvet X. Accuracy of Monoclonal Stool Tests for Determining Cure of Helicobacter Pylori Infection after Treatment / Calvet X, Lario S, Ramirez-Lazaro MJ // Helicobacter. 2010. 15. 201e5.

11. Correa P. Natural History of Helicobacter pylori Infection / Correa P., Piazuolo M.B. // Dig Liver Dis. 2008. Vol.40. N7. pp. 490-496.

12. Konturek S.J. Helicobacter pylori and its Involvement in Gastritis and Peptic Ulcer Formation / Konturek S.J., Konturek P.C. // J. Physiol Pharmacol. 2006. Vol. 57. № 3. pp. 29-50.

13. Prevalence of Peptic Ulcer in Dyspeptic Patients and the Influence of Age, Sex, and Helicobacter Pylori Infection / H.C. Wu, B.G. Tuo, W.M. Wu et al. // Dig Dis Sci. 2008. Vol.53. N10. pp. 2650-2656.

14. Schwarzer A. Evaluation of a Novel Rapid One-step Monoclonal Chromatographic Immunoassay for Detection of Helicobacter pylori in Stool From Children / Schwarzer A, Lottspeich C, Russmann H // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007. 26. 475e80.

15. Shirin H. Eradication of Helicobacter Pylori can be Accurately Confirmed 14 Days after Termination of Triple Therapy Using a High-dose Citric Acid-based <sup>13</sup>C Urea Breath Test / Shirin H, Levine A, Shevab O, et al. // Digestion 2005;71: 208e12.

16. Vogt, W. Gastroenterology in the Elderly // Praxis (Bern 1994). 2005. Vol. 94(48). pp. 1913-1918.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Камышникова**

**Людмила Александровна**

к.м.н., старший преподаватель  
кафедры факультетской терапии  
Медицинского института,  
НИУ «БелГУ»

ул. Победы, 85, г. Белгород, 308015, Россия  
e-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

**Власюк Александр Юрьевич**

студент 6 курса Медицинского  
института НИУ «БелГУ»

ул. Победы, 85, г. Белгород, 308015, Россия  
e-mail: doc-vlas@yandex.ru

**Власюк Вячеслав Юрьевич**

студент 6 курса Медицинского  
института НИУ «БелГУ»

ул. Победы, 85, г. Белгород, 308015, Россия  
e-mail: doc-vlas@yandex.ru

## DATA ABOUT THE AUTHORS

**Kamyshnikova Lyudmila  
Aleksandrovna**

PhD in Medicine, senior Lecturer  
Department of Faculty Medicine  
Institute of Medicine

Belgorod State National Research University  
85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russia  
e-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

**Vlasyuk Aleksandr Yur'evich**

6th course student Institute of Medicine  
Belgorod State National Research  
University

85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russia  
e-mail: doc-vlas@yandex.ru

**Vlasyuk Vyacheslav Yur'evich**

6th course student Institute of Medicine  
Belgorod State National Research University  
85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russia  
e-mail: doc-vlas@yandex.ru